

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

COGNIÇÃO E INSIGHT NA ESQUIZOFRENIA
(ESTUDO PILOTO)

Cláudia Raquel Ferreira Fernandes

outubro, 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor *João Marques-Teixeira* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor João Marques Teixeira, por ser um grande exemplo para mim. Pela disponibilidade incansável, por ter sempre resolução para tudo, pela motivação e reforço positivo que me fizeram crescer e aprender tanto.

À Doutora Celeste Silveira, por ter despertado em mim o interesse neste tema, por me ter acolhido nas suas consultas de Psiquiatria, pela ajuda e partilha de conhecimentos.

Ao Centro Hospitalar de São João, em particular a Unidade de Psiquiatria, por ter tornado possível a realização desta investigação.

Aos meus avós e à tia Lila, por acreditarem em mim. Sem eles nada disto teria sido possível.

À Nilsa, Catarina e Mafalda, por estarem presentes ao longo deste percurso e por partilharmos as mesmas vivências. São os melhores exemplos de amizade que tenho.

À Cindy e à Diana, pelo companheirismo, auxílio e amizade.

Às colegas, por estarmos juntas nisto.

À restante família e amigos, pelo apoio e por acreditarem no meu trabalho. Pelas datas especiais que tivemos de festejar à distância e pela compreensão quando o meu tempo era escasso.

A todos os docentes da FPCEUP, pela transmissão de conhecimento científico e competências práticas que adquiri ao longo destes cinco anos.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de consciência que os doentes com esquizofrenia têm da sua doença e correlacionar esse grau de consciência com o nível de desempenho cognitivo.

Aos 17 sujeitos que participaram no estudo, administrou-se a Escala de Sintomas Positivos e Negativos para Esquizofrenia (PANSS) para determinação do grau de psicopatologia, bem como uma bateria neuropsicológica constituída pelo Teste de *Stroop*, *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) e *Trail Making Test* (TMT) para avaliação do funcionamento executivo. Já o grau de consciência da doença foi avaliado pela Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental (SUMD), que permitiu quantificar o nível de *insight* dos participantes.

Os resultados obtidos sugerem, essencialmente, correlações significativas entre o Reconhecimento da Doença Mental Atual (SUMD) e o número de Erros do WCST, assim como entre o Reconhecimento da Doença Mental Passado (SUMD) e o TMT. Por sua vez, o Teste de *Stroop* correlaciona-se com o Reconhecimento da Doença e dos Efeitos da Medicação Atual (SUMD).

Conclui-se que os défices executivos e o nível de *insight* na esquizofrenia estão relacionados, sendo necessários mais estudos para definir a direção e a natureza da relação estabelecida.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Função Executiva, Insight.

Abstract

The aim of this study was to assess the level of awareness that patients with schizophrenia had of their illness and to determine whether this level of consciousness correlates with their level of cognitive performance.

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) was administered to the 17 subjects who participated in the study in order to assess the degree of psychopathology. In addition, a battery of neuropsychological tests including the Stroop Test, the Wisconsin Card Sorting Test (WCST) and Trail Making Test (TMT) was administered to assess executive functioning. The degree of awareness of the illness was assessed by the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD), which enabled the insight level of the participants to be quantified.

The results obtained reveal significant correlations between the Recognition of Mental Illness Current (SUMD) and the number of WCST errors, as well as between the Recognition of Mental Illness Past (SUMD) and TMT. Moreover, the Stroop test correlates with the Recognition of the Illness and of the Effects of Medication Current (SUMD).

To conclude, the results suggest that executive deficits and insight level in Schizophrenia are related. However, more research is needed to define the direction and nature of the relationship.

Key-Words: Schizophrenia, Executive Function, Insight.

Résumé

Cette étude a pour objectif d'évaluer le niveau de prise de conscience que les patients atteints de schizophrénie ont de leur maladie et de déterminer si ce niveau de conscience est corrélé avec leur niveau de performance cognitive.

L'Echelle des Symptômes Positifs et Négatifs pour la Schizophrénie (PANSS) a été administré à 17 participants qui ont participé à cette étude afin de déterminer le degré de psychopathologie. En outre, une batterie de tests neuropsychologiques, le test de *Stroop*, *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) et *Trail Making Test* (TMT), a été appliqué pour évaluer le fonctionnement exécutif. Le degré de prise de conscience de la maladie a été évalué par l'Échelle pour Évaluer la Reconnaissance des Troubles Mentaux (SUMD), qui a permis de quantifier le niveau d'*insight* des participants.

Les résultats révèlent essentiellement des corrélations significatives entre l'Échelle pour Évaluer la Reconnaissance de la Maladie Mentale Actuelle (SUMD) et le nombre d'erreurs du WCST, ainsi que l'Échelle pour Évaluer la Reconnaissance de la Maladie Mentale Passée (SUMD) et le TMT. En outre, le Test de *Stroop* est corrélé avec l'Échelle de la Reconnaissance de la Maladie et les Effets des Médicaments Actuels (SUMD).

En conclusion, les déficits exécutifs et le niveau d'*insight* de la schizophrénie sont associés. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour définir la direction et nature de cette relation.

Mots-clés: Schizophrénie, Fonction Exécutive, Insight

Abreviaturas

ACECF – Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira

BACB – Bateria de Avaliação Cognitiva Breve

BAN – Bateria de Avaliação Neuropsicológica

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

OMS – Organização Mundial de Saúde

PANSS – Escala de Sintomas Positivos e Negativos para Esquizofrenia

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

QI – Quociente de Inteligência

SANS – *Scale for Assessment of Negative Symptoms*

SAPS – *Scale for Assessment of Positive Symptoms*

Stroop - *Stroop Color and Word Test*

SUMD – Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental

TMT – *Trail Making Test*

WCST – *Wisconsin Card Sorting Test*

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
1. Esquizofrenia e Cognição	3
2. <i>Insight</i>	3
2.1. <i>Insight</i> nas diferentes psicopatologias	4
2.1.1. <i>Insight</i> e a Doença de <i>Alzheimer</i>	4
2.1.2. <i>Insight</i> na Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC).....	5
2.1.3. <i>Insight</i> e Perturbação Bipolar	5
2.2. <i>Insight</i> na Esquizofrenia	6
2.2.1. Modelos Etiológicos de <i>Insight</i> na Esquizofrenia	7
2.2.2. <i>Insight</i> , Psicopatologia e Cognição	9
2.2.2.1. <i>Insight</i> e Psicopatologia.....	9
2.2.2.2. <i>Insight</i> e Cognição	10
2.2.3. Impacto do <i>Insight</i> na Esquizofrenia	11
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	12
1. Objetivos e hipóteses de investigação	12
2. Método	12
2.1. Participantes	12
2.2. Procedimento	13
2.3. Medidas e Instrumentos.....	13
2.3.1. Dados sociodemográficos.....	13
2.3.2. Bateria de Avaliação Neuropsicológica (BAN)	14
2.3.2.1. <i>Stroop Color and Word Test</i> (<i>Stroop P e C</i>).....	14
2.3.2.2. <i>Trail Making Test</i> (TMT)	14
2.3.2.3. <i>Wisconsin Card Sorting Test</i> (WCST)	15
2.3.3. Avaliação da Psicopatologia.....	15
2.3.4. Avaliação do grau de <i>Insight</i>	16
2.4. Análise de dados	17

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	18
1. Análise descritiva dos resultados	18
1.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra	18
1.2. Caracterização da amostra em termos de Psicopatologia (PANSS).....	18
1.3. Caracterização da amostra em termos de nível de <i>Insight</i> (SUMD)	19
1.4. Caracterização da amostra em termos de Função Executiva.....	20
2. Análise correlacional dos resultados	22
2.1. A relação entre o grau de <i>insight</i> e o grau de psicopatologia	22
2.2. A relação entre o grau de psicopatologia e a função executiva	23
2.3. A relação entre o grau de <i>insight</i> e a função executiva	25
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28
1. Avaliação do nível de <i>insight</i>	28
2. Avaliação do funcionamento executivo	29
3. A relação entre o nível de <i>insight</i> e a psicopatologia e o funcionamento executivo ...	31
4. Limitações e propostas para futuras investigações	33
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO	36
CAPÍTULO VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

Índice de Quadros

<i>Quadro 1.</i> Dados descritivos da PANSS: médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da amostra.....	19
<i>Quadro 2.</i> Dados descritivos da SUMD: médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da amostra.....	19
<i>Quadro 3.</i> Valores diretos e valores T do Teste de <i>Stroop</i> , TMT e WCST: médias e desvios-padrão da amostra.....	20
<i>Quadro 4.</i> Correlações de <i>Pearson</i> entre os três itens gerais da escala SUMD e a PANSS.....	22
<i>Quadro 5.</i> Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões do Teste de <i>Stroop</i> , TMT e WCST (valores diretos) com a PANSS.....	24
<i>Quadro 6.</i> Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões do Teste de <i>Stroop</i> , TMT e WCST (valores diretos) com os três itens gerais da escala SUMD.....	26

Índice de Anexos

Anexo A – Documento de informação sobre o estudo.....	47
Anexo B – Formulário de Consentimento Informado.....	49
Anexo C – Questionário Sociodemográfico.....	51
Anexo D – Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	52
Anexo E – Dados descritivos da PANSS: médias, desvio-padrão, mínimo e máximo da amostra de 101 esquizofrénicos de Kay e colaboradores (1987).....	53
Anexo F – Comparação dos valores médios das subescalas e escala compósita (PANSS) da presente amostra com os valores médios de Kay e colaboradores (1987).....	54
Anexo G – Dados descritivos da SUMD: médias, desvio-padrão, mínimo e máximo da amostra de 43 sujeitos com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva de Amador e colaboradores (1993).....	55
Anexo H – Comparação dos valores médios das subescalas e escala compósita (PANSS) da presente amostra com os valores médios normativos de Kay e colaboradores (1987).....	56

Introdução

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave que surge, geralmente, no fim da adolescência ou início da idade adulta (Organização Mundial de Saúde, 2001). A esquizofrenia parece estar presente em igual proporção em ambos os sexos, embora nas mulheres se manifeste mais tardiamente e tenha melhor prognóstico (OMS, 2001).

Os sintomas da esquizofrenia podem ser positivos, como delírios, alucinações, pensamento desorganizado e alterações na percepção (Aguglia, De Vanna, Onor, & Ferrara, 2002; OMS, 2001) e negativos, como embotamento afetivo, discurso reduzido, pouca socialização e falta de interesse e de iniciativa no trabalho e nas atividades diárias (Blanchard, Kring, Horan, & Gur, 2010; OMS, 2001). Ora, por ser uma doença heterogénea e multidimensional, a esquizofrenia varia consideravelmente na sua expressão e fisiopatologia (Nestor et al., 2010), sendo que os seus sintomas podem causar incapacidade, baixa qualidade de vida e tentativa de suicídio (OMS, 2001). Com os avanços no tratamento farmacológico e psicossocial, cerca de metade dos indivíduos na fase inicial da perturbação consegue recuperar e apenas cerca de um quinto dos restantes enfrenta limitações nas atividades quotidianas (OMS, 2001).

Além dos sintomas referidos, a esquizofrenia apresenta défices cognitivos (Vaz-Serra et al., 2010) que, segundo vários autores, estão relacionados com a consciência de perturbação mental (*insight*) (Mingrone et al., 2013; Quee et al., 2014; Raffard et al., 2009; Ritsner & Blumenkrantz, 2007; Rossell, Coakes, Shapleske, Woodruff, & David, 2003; Shad, Muddasani, Prasad, Sweeney, & Keshavan, 2004; Voruganti, Heslegrave, & Awad, 1997). É neste enquadramento que surge o presente trabalho, que tem como objetivo avaliar o impacto dos défices cognitivos típicos da esquizofrenia no *insight*.

Relativamente à organização da presente dissertação, esta possui cinco capítulos. No primeiro realizou-se uma revisão literária que visa a apresentação dos domínios cognitivos mais afetados na esquizofrenia, bem como a definição e enquadramento teórico do conceito central (*insight*). O segundo capítulo contempla a metodologia do estudo empírico, apresentando-se os objetivos da investigação e as hipóteses experimentais e descrevendo-se a amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e tratamento de dados. Posteriormente são apresentados os resultados obtidos e por último, na discussão, estes resultados são confrontados com as hipóteses elaboradas, sendo propostos alguns modelos explicativos dos efeitos encontrados. Além disto, abordam-se as

limitações do estudo e as possíveis implicações para investigações futuras e são sumariadas as conclusões finais.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Esquizofrenia e Cognição

O disfuncionamento cognitivo é a principal característica da esquizofrenia (Harvey, 2001). Os doentes com esquizofrenia apresentam alterações comportamentais, alterações no funcionamento diário e alterações neurocognitivas (Marques-Teixeira, 2003). Os défices cognitivos afetam cerca de 75% dos doentes com esquizofrenia e, normalmente, antecedem o início clínico da doença (Marques-Teixeira, 2005). Estes défices permanecem após a remissão dos sintomas psicóticos (Heaton et al., 2001), no entanto, este não é um processo estável, havendo uma deterioração progressiva após os 65 anos em alguns doentes (Friedman et al., 2001).

As alterações neurocognitivas mais evidentes na esquizofrenia estão ligadas a défices no lobo frontal, estando este associado às funções executivas, memória e atenção (Marques-Teixeira, 2003). A memória de trabalho – área central das alterações na esquizofrenia – é a incapacidade para manter a informação *online* durante algum tempo. Já as funções executivas abrangem a capacidade para planear e antecipar resultados – flexibilidade cognitiva – e a direção dos recursos atencionais, com o objectivo da automonitorização e autoconsciência (Marques-Teixeira, 2003). De facto, estes défices cognitivos nos doentes com esquizofrenia traduzem-se em consequências sociais e têm implicações na sua reabilitação cognitiva (Evans et al., 2004; Marques-Teixeira, 2003; 2005).

2. *Insight*

O conceito de *insight* referido na Psicanálise foi introduzido por Freud, que assume que o *insight* se refere à consciência genuína dos conflitos inconscientes (Freud, 1933). O *insight* começou a ser utilizado desde o início do século XX em Psiquiatria por Jaspers, que distinguiu consciência da doença daquilo que para ele seria o *insight* – o julgamento que o paciente faz sobre a natureza da sua doença (Dantas & Banzato, 2004; Sandler, Dare, & Holder, 1973). Neste sentido, Jaspers (1963, citado por Rüş & Corrigan, 2002) referiu que consciência da doença era sentir-se doente e diferente, considerando o *insight* mais

difícil de conseguir, sendo este uma noção objetivamente correta da severidade da mesma. Por sua vez, Lewis (1934, citado por Dantas & Banzato, 2004), defende que pode haver *insight* na psicose, descrevendo-o como estando subjacente à deteção do paciente de mudanças em si próprio, bem como ao julgamento dessas mudanças.

Em linguagem comum, o *insight* é definido como a capacidade de compreender a natureza verdadeira das situações (Amador & David, 1997; Chakraborty & Basu, 2010). No entanto, quando os doentes têm dificuldades em discernir os sentimentos experienciados pelos outros ou em interpretar o significado dos acontecimentos do mundo exterior, não têm necessariamente baixo *insight*. Estes problemas são vistos como um reflexo de défices no processamento da informação afetiva ou no raciocínio. Portanto, usa-se o termo *insight* na literatura psicopatológica sempre que existe uma associação entre o conhecimento do *self* e o conhecimento do mundo exterior (Amador & David, 1997).

2.1. *Insight* nas diferentes psicopatologias

2.1.1. *Insight* e a Doença de Alzheimer

Alguns estudos demonstraram que existe uma relação positiva entre as alterações no funcionamento cognitivo e a falta de consciência do défice na doença de *Alzheimer*, sendo que as principais dimensões cognitivas investigadas foram a memória e as funções executivas (Akai, Hanyu, Sakurai, Sato, & Iwamoto, 2009; Amanzio et al., 2013; Gallo, Cramer, Wong, & Bennett, 2012; Maki, Amari, Yamaguchi, Nakaaki, & Yamaguchi, 2012).

O défice executivo é, de facto, uma das alterações cognitivas da demência e as suas dimensões mais afetadas são o controlo inibitório, a flexibilidade cognitiva e a capacidade de automonitorização, relacionados com défices no lobo frontal (Amanzio et al., 2013). O défice na flexibilidade cognitiva relaciona-se com uma menor consciência do défice na doença de *Alzheimer*, sugerindo que a rigidez cognitiva destes doentes reduz a capacidade de reconhecer os seus próprios erros e dificuldades. Além disso, estes doentes são incapazes de compreender que as suas perceções, comportamentos, sintomas e experiências se devem à doença, e que essas experiências são incomuns e desaparecem no funcionamento normal saudável (Amanzio et al., 2013).

Nesta patologia, a autoconsciência a respeito das funções executivas pode mesmo deteriorar-se antes da autoconsciência a respeito da memória e orientação (Maki et al., 2012), salientando-se que a deterioração da autoconsciência evolui ao longo do tempo, de acordo com o declínio cognitivo (Akai et al., 2009).

2.1.2. *Insight* na Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)

Segundo Kishore, Samar, Reddy, Chandrasekhar e Thennarasu (2004), uma percentagem significativa de doentes com POC tem baixo *insight* (25%). Estes autores acrescentam que doentes com *insight* pobre tiveram um início de doença mais precoce, têm a doença há mais tempo, têm um maior número de sintomas, têm pior severidade da doença com maior risco de comorbilidade e têm uma fraca resposta ao tratamento. No entanto, a relação entre o *insight* e estes fatores necessita de confirmação, dado haver escassos estudos sobre o tema e pouco consensuais (Kishore et al., 2004).

Ressalva-se que os doentes com POC e que demonstram baixo *insight* sobre a irracionalidade dos seus sintomas, também apresentam défices no seu desempenho cognitivo, especialmente nos testes que avaliam as funções executivas e memória, tal como os doentes com esquizofrenia (Tumkaya et al., 2009).

2.1.3. *Insight* e Perturbação Bipolar

Dias, Brissos e Carita (2008) associaram um baixo *insight* na Perturbação Bipolar a um pior desempenho em testes que avaliam as funções neurocognitivas, sendo que os resultados indicaram disfunção pré-frontal e frontoparietal. Mais especificamente, existe uma relação positiva entre a velocidade de processamento e o *insight*, ou seja, quanto maior a velocidade de processamento, pior o *insight*, o que sugere que a impulsividade se pode relacionar com a falta de *insight* (Van der Werf-Eldering et al., 2011). Ora, os doentes com Perturbação Bipolar no estado eutímico respondem mais devagar, enquanto em modo maníaco respondem mais depressa e cometem mais erros. Assim, demorar mais tempo para considerar explicações alternativas para as suas experiências anormais resulta em melhor *insight* (Van der Werf-Eldering et al., 2011), pelo que os doentes apresentam menos *insight* durante a mania do que durante a depressão ou eutímia (Silva et al., 2015). Por sua vez, uma capacidade limitada para armazenar informação na memória verbal ou para recordar um comportamento passado (memória autobiográfica) pode ter um impacto negativo na capacidade de os doentes avaliarem o seu próprio comportamento (Van der Werf-Eldering et al., 2011).

Na Perturbação Bipolar, a ausência de *insight* associa-se a menos sintomas depressivos (Van der Werf-Eldering et al., 2011). Deste modo, os doentes com melhor *insight* têm uma representação mais realista da sua própria situação, o que os pode colocar mais deprimidos, mas mais suscetíveis de procurarem ajuda. Contudo, também pode ser possível que os doentes com *insight* que se preocupam com a estigmatização mostrem mais sintomas depressivos (Van der Werf-Eldering et al., 2011).

Bressi e colaboradores (2012) acrescentam que quando existe uma melhoria da sintomatologia de crise nesta patologia, o *insight* também melhora, o que significa que a presença de sintomatologia aguda interfere no nível de discernimento do doente. Não se verificam quaisquer diferenças entre a depressão e a eutímia quanto ao nível de *insight* (Silva et al., 2015). No entanto, neste estudo, alguns doentes com eutímia não tinham *insight*, o que sugere que outros fatores além do estado afetivo podem influenciar a consciência de morbilidade psiquiátrica nos doentes com Perturbação Bipolar.

É de salientar que os doentes com esquizofrenia têm menos *insight* do que os doentes com depressão ou com Perturbação Bipolar (Pini, Cassano, Dell’Osso & Amador, 2001).

2.2. *Insight* na Esquizofrenia

O *insight* na psicose tem uma longa história na prática clínica, mas uma história recente na investigação literária (Osatuke, Ciesla, Kasckow, Zisook, & Mohamed, 2008). Existem vários níveis de *insight*, variando desde a completa negação, passando pelo reconhecimento vago da doença (e.g., problemas com “nervos”, “mal-estar”), até à completa apreciação do seu diagnóstico (Chakraborty & Basu, 2010).

Bayard, Capdevielle, Boulenger e Raffard (2009) demonstraram que existe uma influência parcial do *insight* na esquizofrenia e nas queixas cognitivas. Mais especificamente, os doentes que têm consciência dos efeitos da medicação apresentam queixas cognitivas mais importantes, sugerindo-se que o *insight* é modular na esquizofrenia (Bayard et al., 2009).

Carpenter, Strauss e Bartko (1973) avaliaram o *insight* como um sintoma da esquizofrenia meramente presente ou ausente. Contudo, atualmente o *insight* é reconhecido como um constructo complexo e multidimensional, que envolve não só a consciência de doença mental, mas também a compreensão das consequências da perturbação e a noção da necessidade de tratamento (Amador & David, 1997). Mais amplamente, o *insight* na esquizofrenia envolve aspetos cognitivos (consciência de doença mental, aceitação do rótulo “doença” e consciência das consequências sociais da perturbação mental), bem como aspetos relacionados à conformidade (perceção da necessidade de tratamento, consciência dos efeitos do tratamento e seus benefícios e cooperação no mesmo), aspetos dos sintomas específicos (consciência dos sintomas particulares e sua atribuição à perturbação) e aspetos temporais (consciência da perturbação, da necessidade de tratamento e dos benefícios do mesmo, que inclui o curso da doença passado, presente e

futuro) (Rüsh & Corrigan, 2002). Deste modo, os doentes com esquizofrenia podem estar conscientes de algumas características da doença, mas não de outras (Rüsh & Corrigan, 2002).

2.2.1. Modelos Etiológicos de *Insight* na Esquizofrenia

Os sintomas negativos da esquizofrenia são definidos como défices patológicos no pensamento e comportamento adaptativo (Chakraborty & Basu, 2010; Osatuke et al., 2008). Segundo estes autores, uma teoria etiológica que considera a falta de *insight* como um sintoma negativo explica-o como uma “retirada mental” da tentativa de compreender a sua própria experiência fenomenológica do mundo. De facto, foi encontrada uma ligação entre o aumento dos sintomas negativos e a diminuição do *insight*, mas a magnitude da relação era insuficiente para tirar qualquer conclusão (Mintz, Dobson, & Romney, 2003).

Os sintomas positivos são características anormais presentes na experiência individual (Chakraborty & Basu, 2010; Osatuke et al., 2008). Ora, o *insight* pode também ser visto como um sintoma positivo, sendo uma ilusão de saúde, dado que o doente com esquizofrenia nega a presença de doença mental, mesmo que seja óbvia a interferência que esta tenha no seu funcionamento diário (Van Putten, Crumpton, & Yale, 1976, citado por Osatuke et al., 2008). Neste sentido, foi estabelecida uma relação entre o aumento dos sintomas positivos e o decréscimo do *insight*, ainda que modesta (Mintz et al., 2003).

Por outro lado, a falta de *insight* pode ser entendida como um sintoma desorganizado. A autoavaliação da doença mental requer uma comparação da pessoa no seu estado atual ao seu funcionamento pré-mórbido ou uma comparação do seu funcionamento com o da média de pessoas saudáveis. Contudo, a desorganização cognitiva da esquizofrenia dificulta a capacidade de pensamento abstrato necessária para fazer estas comparações, deixando o indivíduo sem um conceito de normalidade coerente (Chakraborty & Basu, 2010; Osatuke et al., 2008). Várias investigações examinaram a relação entre os sintomas desorganizados e o *insight*, sendo que a maior parte delas encontrou relações significativas entre os mesmos (Chen et al., 2005; Dickerson, Boronow, Ringel, & Parente, 1997; Rossell et al., 2003; Sanz, Constable, Lopez-Ibor, Kemp, & David, 1998).

Nos anos 90, a falta de *insight* era vista frequentemente como uma defesa psicológica para conseguir lidar com a evidência da doença mental, sendo considerada um esforço para a adaptação ao *distress* (Mintz et al., 2003; Moore, Cassidy, Carr, & O’Callaghan, 1999). Na sua forma extrema – negação –, esta defesa protege o indivíduo de ameaças ao *self* e envolve percepções exageradas de controlo e autoeficácia (Ritsner &

Blumenkrantz, 2007). O *insight* está relacionado com sintomas depressivos em doentes com esquizofrenia e inversamente relacionado com a autodeceção nos mesmos, o que pode ser interpretado como uma evidência que, de facto, a falta de *insight* serve uma função de defesa (Mintz et al., 2003; Moore et al., 1999).

Uma outra perspetiva defende que a falta de *insight* na psicose é semelhante à anosognosia. Originalmente, a anosognosia referia-se a lesões no hemisfério direito, nas quais os doentes afetados negavam que estavam paralisados do lado esquerdo do corpo (Amador & David, 1997). Por sua vez, Young, Davila e Scher (1993) defendem que «anosognosia» refere-se à falta de consciência de distúrbio neurológico. Superficialmente, a fenomenologia da anosognosia partilha características com a extrema negação de sintomas comumente observada nas psicoses (Amador & David, 1997). Assim, o conceito neurológico de “anosognosia” é aplicado para explicar a falta de *insight* na esquizofrenia (Young et al., 1993). Os doentes com esquizofrenia que não têm *insight* e os doentes com perturbação neurológica com anosognosia apresentam as seguintes características semelhantes: falta de consciência muito grave da sua doença – sendo que a crença persiste apesar da evidência conflituosa da mesma –, uso de confabulações para explicar as observações que contradizem a crença de que eles não estão doentes e compulsão para provar o seu autoconceito (Amador & Paul-Oudouard, 2000; Rickelman, 2004).

Uma teoria que explica a falta de *insight* em termos de défices na metarepresentação está relacionada com a perspetiva de défice neuropsicológico (Gambini, Barbieri, & Scarone, 2004). Porém, as estratégias e ferramentas de avaliação deste estudo enfatizam dados qualitativos (e.g., entrevistas de doentes) mais do que testes de funcionamento neuropsicológico. Nesta linha, Gambini e colaboradores (2004) descobriram que muitos doentes parecem não ter *insight* quando são entrevistados sobre os seus sintomas, mas têm *insight* sobre o seu estado mental quando a perspetiva é deslocada da primeira para a terceira pessoa. De acordo com Langdon e Ward (2009), o *insight* baseia-se na capacidade cognitiva para adotar a perspetiva do outro, a qual, se intacta, contribui para a capacidade metacognitiva para refletir sobre a própria saúde mental a partir da perspetiva dos outros. A falta de *insight* na esquizofrenia é, deste modo, compreendida como um défice da metacognição. A autorreflexividade é o domínio da metacognição mais associado ao *insight* (Nicolò et al., 2012).

A falta de *insight* pode ser vista como uma atribuição incorreta, uma forma de erro cognitivo baseado em falta de informação, vieses sistemáticos ou crenças idiossincráticas.

A atribuição incorreta supõe que existe uma atribuição correta para os sintomas e experiências em relação a algum objetivo (Chakraborty & Basu, 2010). Esta noção de exatidão traz a possibilidade de o *insight* ser um conceito passível de mudar com a mudança de conceitos médicos de doença, bem como com as normas sociais para o comportamento doente (Saravanan et al., 2007).

Finalmente, Shad, Muddasani e Keshavan (2006) examinaram a relação entre o *insight* e a neuroanatomia de regiões específicas pré-frontais em doentes com esquizofrenia, concluindo que a falta de *insight* nesta perturbação pode ser devida a um défice neuroanatômico. Isto é, os autores concluíram que a consciência dos sintomas e a atribuição dos sintomas, ambas aspetos do *insight*, têm bases neuroanatômicas distintas – os défices no córtex pré-frontal dorso-lateral podem resultar em falta de consciência da doença, interferindo com a automonitorização, e os défices no córtex orbito-frontal levam a uma atribuição incorreta dos sintomas percebidos (Shad et al., 2006).

2.2.2. *Insight*, Psicopatologia e Cognição

Os sintomas positivos e negativos, as funções executivas e a aprendizagem verbal e memória parecem contribuir para a consciência da doença nos doentes com esquizofrenia (Mingrone et al., 2013).

2.2.2.1. *Insight* e Psicopatologia

Os sintomas positivos da esquizofrenia contribuem para três dimensões do *insight*: consciência de doença mental, consciência da necessidade de tratamento e consciência das consequências sociais da doença, existindo duas hipóteses para explicar esta ligação (Mingrone et al., 2013). Uma hipótese explicativa defende que os delírios podem ser caracterizados como perda de associações normais diárias e dificuldades de raciocínio; logo, se estes sintomas estão presentes nos doentes, significa que não têm consciência da sua doença (Rossell et al., 2003). Uma segunda possibilidade prende-se com o facto de os sintomas psicóticos e o *insight* serem considerados duas faces da mesma moeda; ou seja, a “perda de sentido de realidade” que define os sintomas psicóticos (sentido de realidade para os objetos externos) pode estar relacionada com a perda de *insight* (sentido de realidade de si mesmo, como a perda de noção que os sintomas relacionados com eventos mentais são gerados pela sua mente) (Aguglia et al., 2002; Mingrone et al., 2013). Alguns autores afirmam que a falta de *insight* pode ser um mecanismo de defesa psicológica na forma de negação da doença para mascarar um profundo sentimento de inferioridade e manter um nível normal de autoestima (Goldbeck, 1997; Moore et al., 1999), bem como para proteger a pessoa da experiência de *distress* e desesperança inconscientemente por

não reconhecer a doença (Langdon & Ward, 2008; Osatuke et al., 2008). Deste modo, como uma defesa contra a estigmatização do papel de esquizofrênico, os doentes podem não ter consciência da doença mental e de precisarem de medicação, porque consideram que não estão doentes (Mingrone et al., 2013). Por fim, os doentes com sintomas psicóticos moderados usualmente têm incapacidades por longos períodos de tempo; a incapacidade dos doentes para trabalhar ou se reintegrar no ambiente social complica o reconhecimento de um papel social, o que dificulta o alcance da consciência das consequências sociais da doença (Mingrone et al., 2013).

Os sintomas negativos contribuem para duas dimensões do *insight*: consciência de doença mental e consciência da necessidade de tratamento (Mingrone et al., 2013). Como já referido, os sintomas negativos são definidos como défices patológicos no pensamento e comportamento adaptativo. A severidade dos sintomas negativos pode aumentar a dificuldade em distinguir a sua própria subjetividade da realidade circundante, em reconhecer a perturbação como pertencendo à sua própria pessoa e em ter consciência da doença (Mingrone et al., 2013). Além disso, os doentes com sintomas negativos, apatia, retirada social e mau funcionamento têm mais dificuldade em manter uma relação com os médicos e em aderir ao plano de tratamento, dado que os sintomas negativos impedem o reconhecimento dos benefícios da terapia e a consciência da necessidade de tratamento (Lincoln, Lüllmann, & Rief, 2007).

2.2.2.2. *Insight* e Cognição

A aprendizagem verbal e memória contribuem para a consciência da doença, sugerindo que a falta de *insight* na esquizofrenia pode ser um “défice de memória” que prejudica a capacidade de substituir informação antiga por nova e/ou recuperar informação autobiográfica sobre a doença (Mingrone et al., 2013).

As funções executivas são fatores que contribuem para a consciência de ter uma doença mental e para a consciência das consequências sociais da doença (Mingrone et al., 2013). Raffard e colaboradores (2009) investigaram a relação entre o *insight* e quatro processos executivos (inibição, atualização, flexibilidade e coordenação em duplas tarefas) e afirmaram que a consciência da doença e das consequências sociais da mesma estão significativamente relacionadas com os processos de atualização e inibição.

Pode-se especular, portanto, que os défices nas funções executivas e na aprendizagem verbal e memória incapacitam a integração correta e a organização da informação, produzindo erros sistemáticos na avaliação do sofrimento da doença mental e das suas consequências sociais (Mingrone et al., 2013).

2.2.3. Impacto do *Insight* na Esquizofrenia

Se parece plausível que a falta de *insight* leva a uma baixa adesão ao tratamento, também é possível que a baixa adesão resulte em menor *insight*, quer diretamente (e.g., os sintomas são negados ou ignorados por medo do tratamento ou futuras consequências) ou mediados pela severidade dos sintomas (Lincoln et al., 2007). Desta forma, apesar de o *insight* ser necessário para a adesão ao tratamento, outros fatores também são necessários. Os efeitos da medicação (como o aumento de peso, efeitos extrapiramidais ou problemas de virilidade) representam barreiras à adesão, mesmo na presença de *insight* (Lincoln et al., 2007). Além disso, a atitude em relação à perturbação ou o uso de estratégias de *coping* alternativas podem ter um impacto forte na adesão (Lincoln et al., 2007).

Lincoln e colaboradores (2007) defendem que um *insight* mais elevado na *baseline* está associado a menos sintomas e menos recaídas mais tarde, o que pode explicar os melhores resultados funcionais. McEvoy e colaboradores (2006) revelam que altos níveis de *insight* estão associados a menor sintomatologia esquizofrénica, melhor cognição, maior volume cerebral e maiores níveis de depressão. Ainda que esta correlação não implique causalidade, pode-se especular que estes fatores inferem com a capacidade dos doentes para avaliarem a sua condição real (McEvoy et al., 2006).

Os doentes que têm mais consciência das suas dificuldades cognitivas participam mais em programas de remediação, dado que as suas queixas cognitivas contribuem para uma maior motivação para o processo (Medalia & Thysen, 2010; Prouteau et al., 2015).

Contudo, o *insight* da doença nos doentes com esquizofrenia está relacionado não só com a adesão à medicação, mas também com a depressão, baixa autoestima e baixa qualidade de vida que, contudo, podem ser moderadas pelo estigma (Chakraborty & Basu, 2010; Staring, Van der Gaag, Van den Berge, Duivenvoorden, & Mulder, 2009). Isto é, os doentes com alto *insight* que não percebem muita estigmatização apresentam melhores resultados. Já os doentes com alto *insight* acompanhados por crenças estigmatizantes têm mais risco de experienciar baixa qualidade de vida, baixa autoestima e humor depressivo, assim como aderem menos ao tratamento (Staring et al., 2009).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

1. Objetivos e hipóteses de investigação

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do protocolo entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e o Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João (CHSJ). O seu objetivo principal é avaliar o grau de consciência que os doentes com esquizofrenia têm da sua doença e correlacionar esse grau de consciência medido através do nível de *insight* com o nível de desempenho cognitivo.

Os objetivos específicos do presente estudo são: (1) avaliar o défice de *insight* em doentes portugueses com esquizofrenia, (2) avaliar o défice executivo em doentes portugueses com esquizofrenia e (3) avaliar a relação entre o nível de *insight* e o funcionamento executivo nestes doentes. Neste seguimento, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1 – O nível de *insight* está alterado.

H2 – O funcionamento executivo está disfuncional.

H3 – O nível de *insight* está inversamente correlacionado com o nível de psicopatologia, mas diretamente correlacionado com o funcionamento executivo.

2. Método

2.1. Participantes

Neste estudo participaram 17 doentes com diagnóstico de esquizofrenia a frequentar as consultas de Psiquiatria do CHSJ, no Porto.

Recorreu-se aos seguintes critérios de inclusão: (a) idade compreendida entre os 19 e os 39 anos (inclusive), (b) diagnóstico de esquizofrenia através da administração da Escala de Sintomas Positivos e Negativos para Esquizofrenia (PANSS) por uma psiquiatra, de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2013), (c) história de doença há 7 anos no máximo, (d) estabilização clínica durante o mês prévio à avaliação, e (e) escolaridade mínima de quatro anos.

2.2. Procedimento

O processo de recolha de dados ocorreu entre maio e setembro de 2016, na Consulta Externa de Psiquiatria do Hospital S. João, sendo os doentes convidados a participar na investigação nos dias em que se dirigiam às consultas, constituindo assim uma amostra não probabilística por conveniência.

A recolha de dados foi realizada em parceria com a médica psiquiatra, sendo que uma bateria neuropsicológica foi aplicada aos doentes, tendo uma duração média de administração de 20 minutos, e o preenchimento das escalas de observação PANSS e Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental (SUMD) realizado pela psiquiatra, tendo uma duração de aproximadamente 15 minutos, dado que esta já conhecia os doentes em questão.

Antes de se iniciar o preenchimento das escalas e a administração dos testes aos indivíduos selecionados, foi feita uma breve apresentação do projeto de investigação, o seu objetivo e a sua duração, sendo-lhes fornecido um documento de informação sobre o estudo (cf. Anexo A), com a finalidade de garantir, do ponto de vista ético e científico, a sua participação voluntária e consciente, através do preenchimento do formulário de Consentimento Informado (cf. Anexo B).

Foi assegurado o anonimato dos doentes através da atribuição de um código a cada um e salvaguardada a liberdade total de participação, sendo os sujeitos elucidados sobre a possibilidade de desistir a qualquer momento da participação no estudo.

2.3. Medidas e Instrumentos

Foi utilizada uma Bateria de Avaliação Neuropsicológica (BAN) especialmente construída para avaliar o funcionamento executivo de doentes com esquizofrenia, seguindo as linhas orientadoras de Marques-Teixeira (2005). A psicopatologia foi avaliada através da PANSS e o grau de *insight* através da SUMD. Deste conjunto de instrumentos fez ainda parte um questionário sociodemográfico (cf. Anexo C).

2.3.1. Dados sociodemográficos

Com vista à recolha de dados sociodemográficos e clínicos considerados pertinentes, foi utilizado para este projeto de investigação um guião de entrevista semiestruturada, concebido com base na proposta de Marques-Teixeira (2005, pp.37-39). Neste seguimento, reuniram-se questões relativas à idade, género, estado civil, tempo de duração da doença, nível de escolaridade completo e situação profissional.

2.3.2. Bateria de Avaliação Neuropsicológica (BAN)

O desempenho cognitivo dos participantes foi avaliado com base na administração de três dos cinco testes constituintes da Bateria de Avaliação Cognitiva Breve (BACB), uma das versões abreviadas da *Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira* (ACECF) (Marques-Teixeira, 2005). A ACECF é um instrumento neuropsicológico para a avaliação de défices cognitivos em pessoas com esquizofrenia. Desta bateria foram utilizados os seguintes testes: *Stroop Color and Word Test*, *Wisconsin Card Sorting Test* e *Trail Making Test*, especificamente por avaliarem o funcionamento executivo, como já foi referido em vários estudos (e.g., Mingrone et al., 2013; Ng, Fish, & Granholm, 2015; Pijnenborg, Spikman, Jeronimus, & Aleman, 2013; Rajj, Riekkki, & Hari, 2012) que, por sua vez, se encontra relacionado com o *insight* (Prouteau et al., 2015; Ritsner & Blumenkrantz, 2007; Tastet, Verdoux, Bouisson, Destailats, & Prouteau, 2014).

Os dados obtidos pelos três testes neuropsicológicos aplicados foram introduzidos no *software* da BACB, sendo as pontuações brutas dos instrumentos de avaliação convertidas automaticamente em valores *T*, considerando como valores normativos média de 50 e desvio-padrão de 10.

2.3.2.1. *Stroop Color and Word Test* (*Stroop P e C*)

Este instrumento foi criado por Golden (1976) e procura medir a atenção seletiva, flexibilidade cognitiva, controlo inibitório e velocidade de processamento (Marques-Teixeira, 2005). O teste de *Stroop* compõe-se por três páginas que contêm cada uma 100 elementos distribuídos por cinco colunas de 20 elementos (Golden, 1976). A primeira página é formada por uma lista de nomes de cores (“vermelho”, “verde” e “azul”) escritas a cor preta e ordenadas aleatoriamente. Solicita-se aos sujeitos a leitura do maior número de palavras que conseguirem em voz alta, por ordem e em coluna, durante 45 segundos. A segunda página tem grupos de quatro “X” (“XXXX”) impressos a vermelho, verde e azul. O procedimento aqui é semelhante, pedindo-se aos sujeitos que nomeiem a cor de cada conjunto em 45 segundos. A última página contém as palavras apresentadas na primeira página impressas nas cores da segunda, sendo que a cor da impressão e da palavra escrita nunca coincidem. É solicitado ao indivíduo que indique a cor em que a palavra foi impressa. A avaliação é feita através da contagem do número de cores lidas no período de 45 segundos (Golden, 1976).

2.3.2.2. *Trail Making Test* (TMT)

Este teste, desenvolvido por Heaton, Grant e Matthews em 1991, é constituído por duas partes (A e B) e avalia a atenção dividida, a flexibilidade cognitiva, a capacidade de

procura visual, a função motora, a velocidade de processamento, o planeamento e a capacidade para realização de sequências (Golden, Espe-Pfeifer, & Wachsler-Felder, 2000; Marques-Teixeira, 2005). Na parte A do TMT existem 25 números dispostos aleatoriamente, sendo o objetivo unir os números por ordem crescente. A parte B é composta por números de 1 a 12 e letras de A a K e o objetivo é unir alternadamente os números e as letras de forma sequencial. Assim, pretende-se que o participante ligue o número 1 à letra A, esta ao número 2 e depois à letra B e assim sucessivamente. O resultado deste teste é baseado na cronometragem do tempo despendido em cada uma das duas tarefas (Marques-Teixeira, 2005).

2.3.2.3. *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*

Este teste foi desenvolvido por Heaton, Chelune, Talley, Kay e Curtiss em 1993 para avaliar o raciocínio abstrato e a flexibilidade cognitiva (Marques-Teixeira, 2005). A versão utilizada é composta por quatro cartas-estímulo e 64 cartas-resposta que contêm figuras de várias formas (cruz, círculo, triângulo e quadrado), cores (vermelho, verde, amarelo e azul) e número de figuras (uma, duas, três, quatro). A aplicação da prova consiste em colocar as quatro cartas-estímulo diante do sujeito e o objetivo é o sujeito emparelhar cada uma das cartas-resposta com uma das cartas-estímulo de modo que lhe pareça possível, sendo que cada vez que o sujeito coloca uma carta o administrador indica se está certo ou errado, nunca referindo qual é a categoria considerada (Marques-Teixeira, 2005). Quando o sujeito completa 10 respostas «corretas» consecutivas, emparelhando as cartas com a categoria de classificação estabelecida inicialmente (e.g., categoria “Cor”), muda-se de categoria de classificação – passando para Forma, depois Número, voltando depois à Cor, Forma e Número – sem o avisar. Isto requer que o sujeito utilize o *feedback* que recebe para estabelecer uma nova estratégia de classificação. Esta prova não tem tempo limite (Marques-Teixeira, 2005).

2.3.3. Avaliação da Psicopatologia

A *Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* ou Escala de Sintomas Positivos e Negativos para Esquizofrenia (PANSS) foi criada por Kay, Fiszbein e Opler (1987). Esta é utilizada para avaliar a gravidade da psicopatologia dos doentes com esquizofrenia, sendo um instrumento objetivo e fiável que possui uma representação dos sintomas característicos da perturbação (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987).

As pontuações da PANSS são baseadas na informação pertencente a um determinado período, geralmente a semana anterior. A informação recolhida deriva tanto da entrevista clínica – com a duração de aproximadamente 30-40 minutos –, onde o

entrevistador assume o papel de observador, como dos relatos das pessoas de cuidados pessoais primários (se o doente estiver institucionalizado) ou dos membros da família (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987).

A PANSS é constituída por 30 itens subdivididos em três escalas: 7 itens pertencem à subescala positiva, outros 7 pertencem à subescala negativa e 16 fazem parte da subescala de psicopatologia geral. A pontuação dos itens vai desde um (sintoma ausente), dois (mínimo), três (ligeiro), quatro (moderado), cinco (moderadamente grave), seis (grave) a sete (sintoma extremamente grave) (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987).

Além destas três escalas, uma Escala Compósita bipolar foi concebida para expressar a direção e magnitude da diferença entre as síndromes positivas e negativas, refletindo o grau de predominância de uma síndrome sobre a outra. A valência desta Escala Compósita (positiva ou negativa) serve para caracterização tipológica, variando de -42 a +42.

2.3.4. Avaliação do grau de *Insight*

A *Scale of Unawareness of Mental Disorder* ou Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental (SUMD) foi desenvolvida por Amador e colaboradores (1993), traduzida em Portugal por Almeida, Gamito e Correia (2003) e serve para avaliar o grau de *insight* na esquizofrenia, sendo um instrumento válido e confiável (Amador et al., 1993).

A SUMD é composta por 3 itens gerais (consciência de perturbação mental, consciência dos efeitos da perturbação e consciência das consequências sociais da perturbação) e 17 itens destinados a sintomas específicos, que formam duas subescalas: consciência e atribuição (Amador et al., 1993).

Os três itens gerais podem cotar-se desde 0 (não pode ser avaliado), 1-2 (reconhece), 3-4 (sem certeza) a 5 (não reconhece), quer na atualidade, quer no passado, consoante o nível máximo de consciência apresentado no momento da investigação ou no período de tempo anterior à investigação em curso (Amador et al., 1993).

Nos 17 itens assinala-se apenas se o sintoma correspondente está presente na atualidade ou se esteve presente no passado. Em cada um desses itens deve-se valorizar também a interpretação que o sujeito faz acerca da causa do seu sintoma (atribuição). Porém, apenas se avalia a atribuição dos sintomas se o sujeito pontuar entre 1 e 3 na subescala «consciência» (Amador et al., 1993).

2.4. Análise de dados

Tendo em conta a natureza quantitativa do presente estudo, utilizou-se o IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0 para realizar a análise e tratamento estatístico dos dados, de acordo com as hipóteses formuladas e as características das variáveis.

Neste sentido, foram executadas análises descritivas dos dados sociodemográficos da amostra e das variáveis em estudo. Por fim, foram realizadas análises de correlação entre variáveis, nomeadamente entre o grau de *insight* e de psicopatologia, entre o grau de *insight* e a função executiva e entre a função executiva e o grau de psicopatologia. Todas as análises de correlação entre variáveis foram efetuadas através de correlações de *Pearson* (r).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De seguida serão apresentados os resultados do estudo empírico, de acordo com os objetivos de investigação. Em primeiro lugar segue-se uma análise descritiva dos resultados e, em segundo lugar, apresentam-se as análises correlacionais.

1. Análise descritiva dos resultados

1.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra

Dos 17 doentes com esquizofrenia que participaram neste estudo, cinco são do género feminino e doze são do género masculino, sendo que catorze são solteiros, dois são casados e um vive em união de facto. As idades estão compreendidas entre os 19 e os 39 anos ($M = 25,41$; $DP = 6,185$).

No que diz respeito à escolaridade, dois sujeitos têm o 6º ano, seis deles têm o 9º ano completo, cinco completaram o 12º ano, dois têm uma licenciatura e dois têm mestrado. Cerca de 10 participantes encontram-se desempregados, 4 ainda são estudantes, um participante encontra-se de Baixa Médica e 2 encontram-se em atividade laboral.

Destes sujeitos, 4 têm a doença há menos de um ano, 3 foram diagnosticados há um ano, 3 há dois anos, 3 há três anos, 1 tem a doença há quatro anos, 2 têm há cinco anos e, finalmente, existe 1 participante com a doença há sete anos (cf anexo D para uma caracterização mais detalhada da amostra).

1.2. Caracterização da amostra em termos de Psicopatologia (PANSS)

Segundo o Quadro 1, a nossa amostra apresenta um índice de *Psicopatologia Geral* de 41.59 ($DP = 9.805$), um índice de *Psicopatologia Positiva* de 17.71 ($DP = 4.921$) e um índice de *Psicopatologia Negativa* de 23.76 ($DP = 7.521$).

Da *Escala Compósita*, verifica-se que a amostra apresenta um índice de -6.06 ($DP = 8.158$), o que indica que esta amostra tem uma predominância de sintomatologia negativa. Todavia, dado o valor do desvio-padrão, esta predominância apresenta uma dispersão relativamente elevada.

Quadro 1

Dados descritivos da PANSS: médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da amostra.

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Subescala Positiva	17.71	4.921	9	25
Subescala Negativa	23.76	7.521	13	38
Subescala de Psicopatologia Geral	41.59	9.805	29	72
Escala Compósita	-6.06	8.158	-19	8

1.3. Caracterização da amostra em termos de nível de *Insight* (SUMD)

Para a análise só se considerou os três itens gerais desta escala. Assim, de acordo com o Quadro 2, a amostra apresenta um índice de *Reconhecimento da Doença Mental Atual* de 3.53 ($DP = 1.068$) e *Passado* de 4.76 ($DP = 0.562$). Por sua vez, apresenta um índice de *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual* de 3.29 ($DP = 1.105$) e *Passado* de 4.41 ($DP = 0.870$). Finalmente, esta amostra de sujeitos apresenta uma média de *Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental Atual* de 3.35 ($DP = 1.579$) e *Passado* de 4.35 ($DP = 0.931$).

Como já foi mencionado, quanto maior a pontuação destes três itens gerais da escala SUMD, menor o *insight* dos participantes. Assim sendo, estes valores demonstram que, de um modo geral, os nossos participantes não têm a certeza se têm uma doença mental, se a medicação que tomam reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas, e se as consequências sociais existem por terem uma doença mental (valores da SUMD entre 3 e 4). No entanto, são capazes de conceber essas ideias.

Quadro 2

Dados descritivos da SUMD: médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da amostra.

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Reconhecimento da Doença Mental (Atual)	3.53	1.068	2	5
Reconhecimento da Doença Mental (Passado)	4.76	.562	3	5
Reconhecimento dos Efeitos da Medicação (Atual)	3.29	1.105	1	5

Reconhecimento dos Efeitos da Medicação (Passado)	4.41	.870	2	5
Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental (Atual)	3.35	1.579	1	5
Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental (Passado)	4.35	.931	2	5

1.4. Caracterização da amostra em termos de Função Executiva

Relembrando-se que os resultados obtidos pelos testes neuropsicológicos administrados foram transformados em valores T ($M = 50$; $DP = 10$), observa-se no Quadro 3 que apenas os resultados do desempenho no WCST (à exceção das *Categorias Completas*: $M = 36.819$; $DP = 9.933$) e da *Interferência* do Teste de *Stroop* se encontram dentro dos valores normativos. Deste modo, os sujeitos demonstram défices nas restantes dimensões do Teste de *Stroop* (*Palavras*: $M = 30.529$, $DP = 5.47$; *Cores*: $M = 32.714$, $DP = 9.293$; *Cores/Palavras*: $M = 34.492$, $DP = 11.015$) e no TMT (parte A: $M = 31.595$, $DP = 20.047$; parte B: $M = 26.623$, $DP = 23.806$).

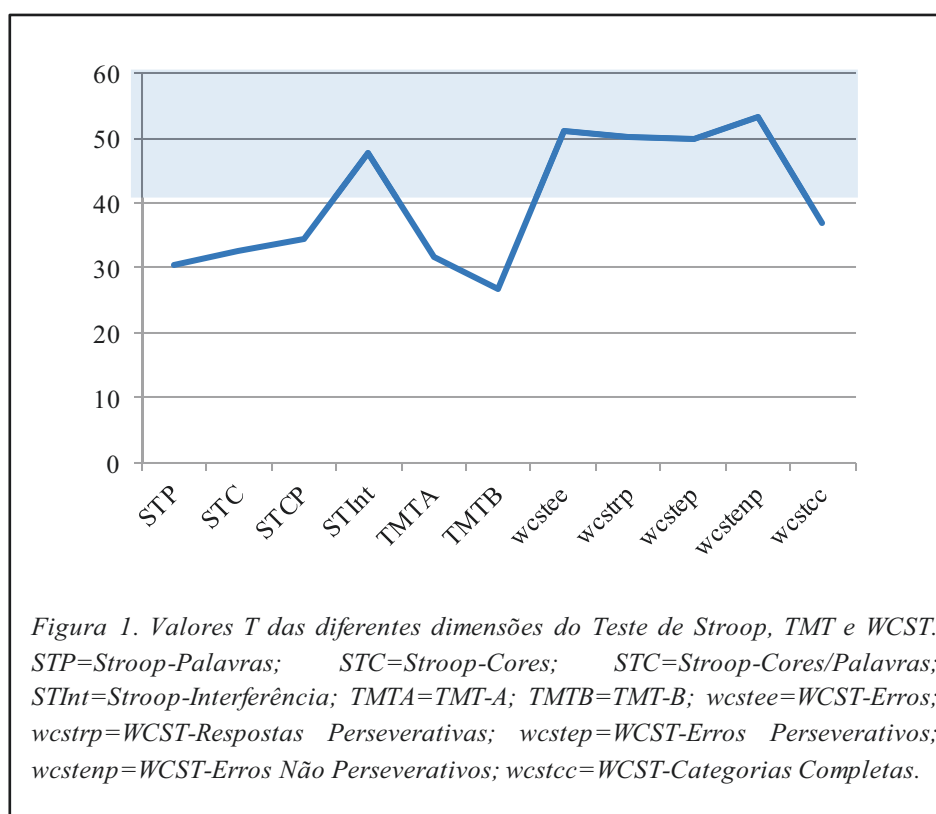
Quadro 3

Valores diretos e valores T do Teste de *Stroop*, TMT e WCST: médias e desvios-padrão da amostra.

	$M(DP)$ em valores diretos	$M(DP)$ em valores T
Stroop-Palavras	80.06 (11.294)	30.529 (5.647)
Stroop-Cores	54.88 (12.946)	32.714 (9.293)
Stroop-Cores/Palavras	32.94 (12.116)	34.492 (11.015)
Stroop-Interferência	0.652 (10,64)	47.726 (11.757)
TMT-A	38.82 (17.158)	31.595 (20.047)
TMT-B	110.94 (78.406)	26.623 (23.806)
WCST-Erros	19.12 (11.613)	51.24 (6.139)

WCST-Respostas Perseverativas	12.65 (9.380)	50.12 (6.392)
WCST-Erros Perseverativos	11.59 (8.239)	50 (6.295)
WCST-Erros Não Perseverativos	7.53 (6.176)	53.41 (7.306)
WCST-Categorias Completas	3.18 (1.510)	36.819 (9.933)

O gráfico seguinte analisa a distribuição dos resultados dos testes neuropsicológicos da amostra (cada linha horizontal equivale a 1 desvio-padrão em relação à média de 50).



Portanto, apesar de os três testes avaliarem a flexibilidade cognitiva – um substrato das funções executivas –, conclui-se que os sujeitos revelam défices na atenção e velocidade de processamento (capacidades avaliadas pelo Teste de *Stroop* e TMT), bem como no controlo inibitório, avaliado especificamente pelo Teste de *Stroop*, e na procura

visual, função motora, planejamento e realização de sequências (avaliados especificamente pelo TMT) (Marques-Teixeira, 2005).

2. Análise correlacional dos resultados

2.1. A relação entre o grau de *insight* e o grau de psicopatologia

Existe uma correlação positiva e significativa entre a *Subescala de Psicopatologia Positiva* e o *Reconhecimento da Doença Mental Atual* ($r = .567, p < .05$), o *Reconhecimento da Doença Mental no Passado* ($r = .538, p < .05$), o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual* ($r = .569, p < .05$), o *Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Atual* ($r = .489, p < .05$) e o *Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença no Passado* ($r = .501, p < .05$).

Por sua vez, a *Subescala de Psicopatologia Negativa* correlaciona-se significativa e positivamente com o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual* ($r = .490, p < .05$).

Para uma análise mais aprofundada dos resultados, cf. o Quadro 4.

Quadro 4

Correlações de Pearson entre os três itens gerais da escala SUMD e a PANSS.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.	RecDoença(A)	1								
2.	RecDoença(P)	.533*	1							
3.	RecEfeiMedic(A)	.761**	.722**	1						
4.	RecEfeiMed(P)	.558*	.721**	.646**	1					
5.	RecConsSocD(A)	.735**	.522*	.689**	.570*	1				
6.	RecConsSocD(P)	.492*	.646**	.622**	.735**	.802**	1			
7.	PANSS-SbPosit	.567*	.538*	.569*	.424	.489*	.501*	1		
8.	PANSS-SbNeg	.390	.178	.490*	.178	.292	.262	.192	1	
9.	PANSS-SbPsicG	.434	.231	.468	.212	.317	.222	.484*	.767**	1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$ (Os valores destacados a **Negrito** são as correlações (r) significativas)

RecDoença(A)=Reconhecimento da Doença Atual; RecDoença(P)=Reconhecimento da Doença Passado; RecEfeiMedic(A)=Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual; RecEfeiMedic(P)=Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Passado; RecConsSocD(A)=Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença (Atual); RecConsSocD(P)=Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença (Passado); PANSS-SbPosit=PANSS-Subescala Positiva; PANSS-SbNeg=PANSS-Subescala Negativa; PANSS-SbPsicG=PANSS-Subescala de Psicopatologia Geral.

2.2. A relação entre o grau de psicopatologia e a função executiva

De acordo com o Quadro 5, existe uma correlação negativa e significativa entre a dimensão *Palavras* do Teste de *Stroop* e a *Subescala de Psicopatologia Geral* ($r = -.496, p < .05$), bem como entre a dimensão *Cor* do Teste de *Stroop* e a *Subescala de Psicopatologia Geral* ($r = -.634, p < .01$).

Por outro lado, a *Subescala de Psicopatologia Geral* apresenta uma correlação positiva e significativa com as dimensões *erros* ($r = .665, p < .01$), *respostas perseverativas* ($r = .698, p < .01$) e *erros perseverativos* ($r = .707, p < .01$) do WCST. Ainda a *Subescala de Psicopatologia Geral* apresenta uma correlação negativa e significativa com a dimensão *categorias completas* do WCST ($r = -.565, p < .05$).

A *Subescala de Psicopatologia Negativa* apresenta uma correlação positiva e significativa com as seguintes dimensões do WCST: *erros* ($r = .774, p < .01$), *respostas perseverativas* ($r = .630, p < .01$), *erros perseverativos* ($r = .643, p < .01$) e *erros não perseverativos* ($r = .598, p < .05$). Finalmente, a *Subescala de Psicopatologia Negativa* correlaciona-se de forma negativa e significativa com a dimensão *categorias completas* do WCST ($r = -.767, p < .01$).

Quadro 5

Correlações de Pearson entre as dimensões do Teste de Stroop, TMT e WCST (valores diretos) com a PANSS.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. PANSS-SbPosit	1													
2. PANSS-SbNeg	.192	1												
3. PANSS-SbPsicG	.484*	.767**	1											
4. Stroop-Palavras	-.133	-.274	-.496*	1										
5. Stroop-Cores	-.421	-.265	-.634**	.576*	1									
6. Stroop-P/C	-.101	.234	-.111	.356	.439	1								
7. Stroop-Interferência	.089	.425	.230	-.015	-.027	.877**	1							
8. TMT-A	-.042	.377	.326	-.320	-.541*	-.240	.011	1						
9. TMT-B	-.159	.389	.283	-.472	-.476	-.430	-.205	.706**	1					
10. WCST-Erros	.152	.774**	.665**	-.512*	-.314	.157	.401	.497*	.444	1				
11. WCST-RespPersev	.126	.630**	.698**	-.712**	-.508*	-.096	.228	.488*	.474	.855**	1			
12. WCST-ErrosPersev	.120	.643**	.707**	-.708**	-.528*	-.107	.225	.506*	.506*	.860**	.998**	1		
13. WCST-ErrosNãoPersev	.125	.598*	.306	-.018	.115	.438	.454	.259	.160	.733**	.277	.283	1	
14. WCST-Categorias	-.077	-.767**	-.565*	.425	.254	-.098	-.291	-.561*	.511*	-.935**	-.807**	.813**	-.674**	1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$ (Os valores destacados a **Negrito** são as correlações (r) significativas)

PANSS-SbPosit=PANSS-Subescala Positiva; PANSS-SbNeg=PANSS-Subescala Negativa; PANSS-SbPsicG=PANSS-Subescala de Psicopatologia Geral; Stroop-Palavras=Stroop-Palavras; Stroop-Cores=Stroop-Cores; Stroop-P/C=Stroop-Palavras/Cores; Stroop-Interferência=Stroop-Interferência; TMT-A=TMT-A; TMT-B=TMT-B; WCST-Erros=WCST-Erros; WCST-RespPersev=WCST-Respostas Perseverativas; WCST-ErrosPersev=WCST-Erros Perseverativos; WCST-ErrosNãoPersev=WCST-Erros Não Perseverativos; WCST-Categorias=WCST-Categorias Completas.

2.3. A relação entre o grau de *insight* e a função executiva

Segundo o Quadro 6, existe uma correlação positiva e significativa entre a dimensão *Palavras-Cores* do Teste de *Stroop* e o *Reconhecimento da Doença Mental Atual* ($r = .495, p < .05$), bem como entre as *Palavras-Cores* do Teste de *Stroop* e o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual* ($r = .482, p < .05$).

Por outro lado, também existe uma correlação positiva e significativa entre a *Interferência* do Teste de *Stroop* e o *Reconhecimento da Doença Mental Atual* ($r = .675, p < .01$) e uma correlação positiva e significativa entre a *Interferência* do Teste de *Stroop* e o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual* ($r = .531, p < .05$).

Quanto ao TMT, o *Reconhecimento da Doença Mental no Passado* apresenta uma correlação negativa e significativa ($r = -.529, p < .05$) com a sua parte A e com a sua parte B ($r = -.540, p < .05$).

Finalmente, a dimensão *Erros* do WCST apresenta uma correlação positiva e significativa com o *Reconhecimento da Doença Mental Atual* ($r = .494, p < .05$).

Quadro 6

Correlações de Pearson entre as dimensões do Teste de Stroop, TMT e WCST (valores diretos) com os três itens gerais da escala SUMD.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Stroop Palavras	1																
2. Stroop Cores	.576*	1															
3. Stroop P/C	.356	.439	1														
4. Stroop Interferência	-.015	-.027	.877**	1													
5. TMT-A	-.320	-	-.240	.011	1												
		.541*															
6. TMT-B	-.472	-.476	-.430	-.205	.706**	1											
7. WCST-Erros	-.512*	-.314	.157	.401	.497*	.444	1										
8. WCST-Resp Persev	-	-	-.096	.228	.488*	.474	.855**	1									
	.712**	.508*															
9. WCST-Erros Persev	-	-	-.107	.225	.506*	.506*	.860**	.998**	1								
	.708**	.528*															
10. WCST-Erros Ñ Persev	-.018	.115	.438	.454	.259	.160	.733**	.277	.283	1							
11. WCST-Categorias	.425	.254	-.098	-.291	-.561*	-	-	-	-	-	1						
						.511*	.935**	.807**	.813**	.674**							
12. SUMD-RecDoença(A)	-.143	-.208	.495*	.675**	.132	-.280	.494*	.388	.382	.419	-	1					
											.372						
13. SUMD-RecDoença(P)	-.017	.108	.218	.210	-.529*	-	.091	.078	.059	.092	.052	.533*	1				
						.540*											

14. SUMD- RecEfeitMed(A)	.039	.020	.482*	.531*	-.116	-.396	.338	.210	.186	.388	- .183	.761**	.722**	1		
15. SUMD- RecEfeitMed(P)	-.397	.005	.245	.344	-.242	-.227	.224	.233	.208	.143	- .011	.558*	.721**	.646**	1	
16. SUMD- RecConsSocD(A)	-.071	.014	.377	.438	-.004	-.176	.311	.216	.218	.294	- .159	.735**	.522*	.689**	.570*	1
17. SUMD- RecConsSocD(P)	-.287	.019	.140	.205	-.070	-.036	.314	.280	.264	.237	- .180	.492*	.646**	.622**	.735**	.802** 1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$ (Os valores destacados a **Negrito** são as correlações (r) significativas)

Stroop-Palavras=Stroop-Palavras; Stroop-Cores=Stroop-Cores; Stroop-P/C=Stroop-Palavras/Cores; Stroop-Interferência=Stroop-Interferência; TMT-A=TMT-A; TMT-B=TMT-B; WCST-Erros=WCST-Erros; WCST-Resp Persev=WCST-Respostas Perseverativas; WCST-Erros Persev=WCST-Erros Perseverativos; WCST-Erros Ñ Persev=WCST-Erros Não Perseverativos; WCST-Categorias=WCST-Categorias Completas; RecDoença(A)=Reconhecimento da Doença Atual; RecDoença(P)=Reconhecimento da Doença Passado; RecEfeitMed(A)=Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual; RecEfeitMedic(P)=Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Passado; RecConsSocD(A)=Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença (Atual); RecConsSocD(P)=Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença (Passado).

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo visa integrar os resultados do estudo empírico descritos anteriormente com a literatura e com os resultados da investigação relevante na área.

Como explorado ao longo deste trabalho, os elevados défices cognitivos comuns na esquizofrenia parecem ter impacto na consciência da doença, especialmente a função executiva. Embora o *insight* na esquizofrenia seja ainda um domínio pouco estudado em Portugal, a investigação desta área é fulcral para o tratamento da perturbação, dado que o *insight* influencia a adesão terapêutica.

Os valores médios das subescalas e escala compósita da PANSS da nossa amostra encontram-se dentro dos valores encontrados pelo estudo de Kay e colaboradores (1987) realizado com 101 doentes com esquizofrenia (cf. anexo E e F). Mais concretamente, a amostra de Kay e colaboradores (1987) apresenta um índice de *Psicopatologia Geral* de 37.74 ($DP = 9.49$), um índice de *Psicopatologia Positiva* de 18.20 ($DP = 6.08$) e um índice de *Psicopatologia Negativa* de 21.01 ($DP = 6.17$). Já a nossa amostra apresenta, respetivamente, 41.59 ($DP = 9.805$), 17.71 ($DP = 4.921$) e 23.76 ($DP = 7.521$). Da *Escala Compósita*, verifica-se que a amostra de Kay e colaboradores (1987) apresenta um índice de -2.69 ($DP = 7.45$), enquanto a nossa amostra apresenta um valor de -6.06 ($DP = 8.158$), o que indica que, nos participantes de ambos os estudos, existe uma contribuição praticamente igual de sintomas negativos e positivos para a doença. Pode-se concluir que os participantes cumprem o critério b) de inclusão no presente estudo – diagnóstico de esquizofrenia através da administração da PANSS por uma psiquiatra de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2013).

1. Avaliação do nível de *insight*

O estudo de Amador e colaboradores (1993) realizado com 43 doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva (cf. anexo G) apresenta um índice de *Reconhecimento da Doença Mental Atual* de 3.14 ($DP = 1.6$), um índice de *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual* de 2.48 ($DP = 1.4$) e um índice de *Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental Atual* de 3.08 ($DP = 1.8$). Por outro lado, a nossa amostra apresenta índices de 3.53 ($DP = 1.068$), 3.29 ($DP = 1.105$)

e 3.35 ($DP = 1.579$) nas três dimensões de Reconhecimento Atual. Assim sendo, os nossos participantes apresentam resultados compatíveis com os encontrados por Amador e colaboradores (1993) para os três itens gerais da SUMD no momento presente.

Relativamente às dimensões de Reconhecimento Passado, também o valor médio dos nossos participantes para o *Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental* ($M = 4.35$; $DP = 0.931$) se encontra dentro do valor de Amador e colaboradores (1993), sendo este 2.93 ($DP = 1.7$). Contudo, os valores da nossa amostra para o *Reconhecimento da Doença Mental* ($M = 4.76$; $DP = 0.562$) e para o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação* ($M = 4.41$; $DP = 0.870$) encontram-se acima dos valores de Amador e colaboradores (1993), sendo estes 2.46 ($DP = 1.6$) e 2.11 ($DP = 1.2$), respetivamente (cf. anexo H).

Relembrando-se que esta é uma escala ordinal de 0 a 5, sendo que o valor máximo equivale a menor consciência, conclui-se que a nossa amostra revela um baixo *insight*, especialmente no passado. Alguns estudos (Mingrone et al., 2013; Moore et al., 1999; Ruiz et al., 2008; Tastet et al., 2014) apresentam resultados que rondam os valores 2 nos três itens gerais da SUMD, o que corrobora a nossa hipótese de que o *insight* dos nossos participantes encontra-se, de facto, alterado.

2. Avaliação do funcionamento executivo

Os sujeitos deste estudo apresentaram um desempenho abaixo da média no TMT, no número de categorias completas do WCST e nas três dimensões (*Palavras, Cores, Palavras-Cores*) do Teste de *Stroop*. Por sua vez, as restantes dimensões do WCST (*Erros, Respostas Perseverativas, Erros Perseverativos e Erros Não Perseverativos*) e a *Interferência* do Teste de *Stroop* apresentam valores normativos.

Riley e colaboradores (2000) realizaram um estudo com 40 doentes com primeiro surto psicótico e 22 pessoas num grupo de controlo, onde aplicaram uma bateria neuropsicológica. Dentro da função executiva, estes autores concluíram que o maior défice dos doentes correspondia à fluência verbal. Além disto, comparativamente ao grupo de controlo, os doentes com primeiro surto psicótico apresentaram défices na dimensão *Palavras-Cores* do Teste de *Stroop*, na parte B do TMT e na dimensão *Categorias Completas* do WCST. Uma vez que os sujeitos do nosso estudo também revelaram um desempenho abaixo da média nestas dimensões, pode-se concluir que não só os sujeitos de

Riley e colaboradores, mas também os nossos, apresentam défices no controlo inibitório, flexibilidade cognitiva e abstração, capacidades avaliadas respetivamente pelas dimensões referidas do Teste de *Stroop*, do TMT e do WCST.

Por sua vez, Censits, Ragland, Gur e Gur (1997), que aplicaram também uma bateria neuropsicológica a 60 doentes com esquizofrenia e 38 sujeitos-controlo, concluíram que os doentes apresentam um desempenho inferior ao grupo de controlo no TMT e no Teste de *Stroop*, demonstrando, mais uma vez, défices atencionais e na velocidade de processamento, tal como os nossos participantes. Conclui-se ainda que os participantes do nosso estudo apresentam défices acentuados na procura visual, função motora, planeamento e realização de sequências (avaliados pelo TMT) (Marques-Teixeira, 2005).

Apesar de todas as dimensões do WCST se encontrarem dentro da média, salienta-se uma discrepância significativa entre estas e a dimensão *Categorias Completas* ($M = 36.819$; $DP = 9.933$). Um resultado idêntico a este foi encontrado por Mohamed, Paulsen, O'Leary, Arndt e Andreasen (1999), que realizaram um estudo com 94 doentes com primeiro surto psicótico e 305 sujeitos-controlo a quem administraram uma bateria neuropsicológica que incluía o TMT, WCST e o Teste de *Stroop*. Mohamed e colaboradores (1999) descobriram uma grande disparidade entre o número de erros perseverativos e o número de categorias completas no WCST, o que pode indicar maior dificuldade na flexibilidade cognitiva do que na formação de conceitos. Por outro lado, esta associação pode simplesmente refletir que o WCST é mais exigente como um teste de flexibilidade cognitiva do que como uma tarefa conceptual.

Portanto, o funcionamento executivo dos participantes da nossa amostra encontra-se disfuncional, particularmente a flexibilidade cognitiva. Mohamed e colaboradores (1999) acrescentam que o défice cognitivo é uma característica nuclear da esquizofrenia, não sendo causado pela doença crónica, pelo seu tratamento ou pela institucionalização. Segundo os mesmos autores, as competências executivas, bem como a cognição social e a atenção sustentada, são as áreas mais afetadas na esquizofrenia, sendo isto consistente com outros relatos de disfunção do lobo frontal neste quadro clínico (Shad et al., 2004).

Além disto, como se pôde verificar, a PANSS relaciona-se essencialmente com o Teste de *Stroop* e com o WCST. A *Subescala de Psicopatologia Geral* apresenta correlações negativas e significativas com duas dimensões do Teste de *Stroop*, o que significa que quanto mais Psicopatologia Geral a amostra tem, menos Palavras e Cores consegue dizer em 45 segundos. Por outro lado, a *Subescala de Psicopatologia Geral* e a *Subescala de Psicopatologia Negativa* apresentam correlações positivas e significativas

com as dimensões *Erros*, *Respostas Perseverativas* e *Erros Perseverativos* do WCST, apresentando ainda correlações negativas e significativas com a dimensão *Categorias Completas*. Isto indica que quanto mais Psicopatologia Negativa e Geral os sujeitos têm, mais dificuldades têm nas diferentes dimensões do WCST. O estudo de Voruganti e colaboradores (1997) com 52 doentes com esquizofrenia e 22 sujeitos-controlo, a quem se aplicou a PANSS e uma bateria de testes cognitivos computadorizada, verificou relação entre a severidade dos sintomas negativos e a psicopatologia geral com défices no WCST e com défices no processamento da informação (avaliado no nosso estudo pelo Teste de *Stroop* – além do TMT), sendo que os sintomas positivos não estavam associados a défices neurocognitivos específicos, tal como foi observado no nosso estudo. Censits e colaboradores (1997) confirmam que os sintomas negativos são responsáveis por mais variação neuropsicológica do que os sintomas positivos, tendo sido a sintomatologia da amostra deste estudo avaliada pela *Scale for Assessment of Negative Symptoms* (SANS) e pela *Scale for Assessment of Positive Symptoms* (SAPS).

3. A relação entre o nível de *insight* e a psicopatologia e o funcionamento executivo

Relativamente à correlação entre o grau de *insight* e o grau de psicopatologia, entende-se que existe uma correlação positiva e significativa entre a *Subescala de Psicopatologia Positiva* e o *Reconhecimento da Doença Mental Atual e Passado*, o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual*, e o *Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Atual e Passado*. Por sua vez, a *Subescala de Psicopatologia Negativa* também se correlaciona de forma positiva e significativa com o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual*. Isto sugere que, conforme sugerido na hipótese 3, quanto mais psicopatologia os doentes apresentam, menos consciência têm da doença, dos efeitos da medicação e das consequências sociais, não só no momento presente, mas também no passado. Na meta-análise de Mintz e colaboradores (2003) que incluiu 40 estudos, concluiu-se que existe uma correlação negativa entre o *insight* e a sintomatologia positiva, negativa e global, sugerindo que quanto mais esta aumenta, mais desce o grau de *insight*. Um estudo de Sanz e colaboradores (1998) comparou várias escalas de avaliação do *insight* num grupo de 33 doentes psicóticos e avaliou a sua psicopatologia, funcionamento cognitivo e características clínicas. As medidas do *insight* relacionam-se inversamente com a presença de delírios e megalomania (sintomas positivos) e diretamente com a depressão

(psicopatologia geral). Numa meta-análise mais recente, que englobou 276 doentes com esquizofrenia, os autores concluíram que os sintomas positivos relacionam-se com três dimensões do *insight*: consciência da doença, da necessidade de tratamento e das consequências sociais da perturbação; já os sintomas negativos contribuem para a consciência da doença e da necessidade de tratamento (Mingrone et al., 2013). Verifica-se, então, que os resultados das correlações entre a psicopatologia e o *insight* da nossa amostra vão ao encontro dos resultados dos estudos já realizados neste âmbito.

De outro modo, a SUMD apresenta correlações significativas com os três testes utilizados para avaliar a função executiva. Assim sendo, existe uma correlação positiva entre a dimensão *Erros* do WCST e o *Reconhecimento da Doença Mental Atual*, o que sugere que quanto mais erros os doentes cometem no WCST, menos reconhecem que têm a doença. Embora vários estudos correlacionem o grau de *insight* com um pior desempenho no WCST, a maior parte deles revela apenas correlações significativas entre os défices no *insight* e as dimensões *Categorias Completas* e/ou *Erros Perseverativos* do WCST (Brekke, Kohrt, & Green, 2001; Lysaker, Bell, Bryson, & Kaplan, 1998; Shad et al., 2004; Smith et al., 2004; Voruganti et al., 1997; Young et al., 1993). Os erros perseverativos correlacionam-se positivamente e o número de categorias completas correlaciona-se negativamente com a falta de *insight*, sugerindo-se que os défices no *insight* podem ser mediados por deficiências na organização conceptual e flexibilidade do pensamento abstrato (Mingrone et al., 2013). Por outro lado, outros estudos não encontram relação entre o WCST e o *insight* (e.g., Dickerson et al., 1997; Neves, 2014; Sanz et al., 1998), pelo que não se pode tirar nenhuma conclusão acerca do nosso resultado.

Existe também uma correlação negativa entre o TMT (A e B) e o *Reconhecimento da Doença Mental Passado*, o que indica que quanto mais tempo os doentes demoram a terminar a tarefa, mais reconheciam a doença no passado. Esta correlação, embora seja contrária ao esperado, é explicada por Van der Werf-Eldering e colaboradores (2011), que defendem existir uma relação positiva entre a velocidade de processamento e o *insight*. Ou seja, quanto maior a velocidade de processamento, pior o *insight*, o que sugere que a rapidez dos processos mentais se relaciona com a falta de *insight*. Deste modo, demorar mais tempo para pensar em explicações alternativas para as suas experiências anormais resulta em melhor *insight* (Van der Werf-Eldering et al., 2011).

Relativamente ao Teste de *Stroop*, a *Interferência* apresenta uma correlação positiva com o *Reconhecimento da Doença Mental Atual* e o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual*. Ou seja, quanto mais interferência estes doentes apresentam, menos

insight têm. O tempo para ler a terceira parte do Teste de *Stroop* reflete não só o tempo para inibir a leitura da palavra, mas também o tempo para nomear a cor, formando a interferência. Ora, o nível de interferência está relacionado com os processos inibitórios que, habitualmente, estão alterados na esquizofrenia (Raposo, 2012). O esforço de inibir a leitura é um processo executivo que depende da atenção (Neves, 2014) e, como já foi dito, a atenção encontra-se afetada na nossa amostra de doentes. A correlação encontrada entre a interferência e o *insight* sugere que a atenção deficitária destes doentes pode produzir défices no controlo inibitório dos estímulos interferentes o que, por sua vez, afeta o reconhecimento da doença e dos efeitos da medicação (Marques-Teixeira, 2016; Neves, 2014). Ainda no Teste de *Stroop*, verificam-se duas correlações que nos parecem espúrias entre a sua dimensão *Palavras-Cores* e o *Reconhecimento da Doença Mental Atual* e entre as *Palavras-Cores* e o *Reconhecimento dos Efeitos da Medicação Atual*. Contudo, trata-se de correlações que, mesmo assim, devem ser reconfirmadas em estudos futuros com amostras maiores.

Conclui-se que o *insight* se encontra inversamente relacionado com a psicopatologia. Todavia, apesar de ter sido encontrada uma relação direta entre o disfuncionamento executivo e o baixo *insight*, não foi possível perceber pelos nossos resultados que tipo de relação é essa nem enquadrá-la num racional explicativo que ultrapassasse as inconsistências da literatura. Ainda assim, este estudo piloto levantou questões que merecem ser analisadas com um desenho experimental diferente e com um número maior de sujeitos.

4. Limitações e propostas para futuras investigações

O presente estudo apresenta algumas limitações que podem servir de motivação para futuras investigações.

Primeiramente, em termos conceptuais, seria desejável existir uma única teoria etiológica que pudesse explicar a natureza do *insight* na esquizofrenia. Dado que o *insight* é um constructo multidimensional, não há uma causa única e um tratamento único para o mesmo (Baier, 2010). A divergência de resultados encontrada na pesquisa bibliográfica deve-se aos desenhos de estudo que variam, às definições imprecisas de *insight* que são dadas e ao facto de os estudos não especificarem que dimensão do *insight* pretendem

avaliar, o que é necessário, já que diferentes dimensões do *insight* proporcionam diferentes resultados (Lincoln et al., 2007).

Salienta-se como principal limitação deste estudo o número reduzido de participantes, dado ser uma população de difícil acesso e desafiante em termos comunicacionais, bem como pelas sucessivas recaídas que apresenta, sendo que não pode ser avaliada em fase aguda da doença. Uma limitação adicional prende-se com o facto de todos os participantes estarem sob o efeito de antipsicóticos que podem interferir com os seus resultados nos testes neuropsicológicos e afetar a generalização dos mesmos a toda a população esquizofrénica. Por sua vez, os diferentes tipos de medicamentos administrados atuam em diferentes neurotransmissores (Neves, 2014).

A nossa amostra é composta maioritariamente por pessoas do sexo masculino, o que pode também gerar um desequilíbrio nos resultados (Ritsner & Blumenkrantz, 2007). Ressalva-se ainda a inexistência de um grupo de controlo. A respeito disto, alguns autores defendem ser difícil obter um grupo de controlo apropriado quando se estuda a esquizofrenia dadas as características particulares desta perturbação (Voruganti et al., 1997).

Outra limitação deste estudo é o facto de não terem sido diferenciados os subtipos da patologia esquizofrénica dos participantes nem a frequência dos seus episódios psicóticos, o que pode influenciar o grau de défice cognitivo e levar a enviesamentos nos resultados (Neves, 2014). A ausência de medidas de Quociente de Inteligência (QI) e de funcionamento pré-mórbido constitui-se como outra limitação, uma vez que se torna impossível perceber se o padrão de funcionamento cognitivo se alterou ou não com a doença (Neves, 2014).

Habitualmente os estudos do *insight* na esquizofrenia possuem um *design* transversal, o que impede o estabelecimento de relações causais (Tastet et al., 2014). Neste sentido, são desejáveis estudos longitudinais que incorporem aspetos do *insight* simultaneamente com uma avaliação sistemática dos vários domínios psicopatológicos (Joseph, Narayanaswamy, & Venkatasubramanian, 2015).

Outra limitação constatada é que as amostras dos diferentes estudos analisados variam entre doentes com doença aguda e doença crónica, o que pode influenciar os resultados no âmbito do *insight* na esquizofrenia. Pelo contrário, a nossa amostra constituiu-se apenas por doentes com pouco tempo de doença. São, então, necessários mais estudos exclusivamente com doentes crónicos para se verificar possíveis diferenças no nível de *insight* e funcionamento executivo.

Destaca-se a importância de estudos de validação das escalas usadas nesta investigação para a população portuguesa, nomeadamente a PANSS e a SUMD, uma vez que estes instrumentos parecem ser bastante úteis em contexto psiquiátrico.

A relação entre o *insight* e a adesão ao tratamento a longo prazo precisa de clarificação. Por outro lado, é necessária mais pesquisa sobre a etiologia e impacto do *insight* (Lincoln et al., 2007), bem como investigação sobre o efeito mediador dos traços de personalidade e estilos de *coping* nas funções neurocognitivas e no *insight*. (Ritsner & Blumenkrantz, 2007).

Finalmente, uma melhor compreensão das consequências ao nível da funcionalidade e das alterações neurocognitivas decorrentes da esquizofrenia pode levar ao desenvolvimento de uma intervenção adequada e eficaz, trazendo benefícios a longo prazo para os doentes.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se que os doentes com esquizofrenia possuem baixo *insight* sobre a doença e um funcionamento executivo disfuncional. Por sua vez, o grau psicopatologia correlaciona-se inversamente com o nível de *insight* e positivamente com o disfuncionamento executivo. Estes resultados corroboram estudos anteriores relativamente ao *insight* e funcionamento executivo na esquizofrenia.

Os défices executivos e o nível de *insight* nesta perturbação mental estão parcialmente relacionados, sendo necessários mais estudos para obter mais consenso entre as variáveis e definir a direção e a natureza da relação estabelecida.

Conclui-se que é necessário melhorar o *insight* na esquizofrenia, de forma a aumentar a adesão ao plano de tratamento e, consequentemente, melhorar os resultados clínicos e funcionais (Shad et al., 2004). Quando se aborda o tratamento do *insight*, o contexto social dos doentes e o seu sistema de suporte é muito importante (Osatuke et al., 2008). Assim, a psicoeducação como intervenção com as famílias dos doentes é útil, no sentido de melhorar os seus sintomas cognitivos, bem como dar suporte ao paciente e fornecer-lhe o acesso à medicação adequada. Vita e colaboradores (2011) destacam também melhorias no quadro clínico e na funcionalidade dos doentes que se inserem em programas de reabilitação cognitiva e terapia cognitivo-comportamental. Isto pode levar a que os doentes se tornem mais ativos a controlar os seus sintomas, a terem estratégias de *coping* mais adaptativas e, assim, a reduzirem a recaída, melhorando a sua qualidade de vida e dos seus familiares e cuidadores.

CAPÍTULO VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguglia, E., De Vanna, M., Onor, M. L., & Ferrara, D. (2002). Insight in persons with schizophrenia. Effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, 1229-1233.
- Akai, T., Hanyu, H., Sakurai, H., Sato, T., & Iwamoto, T. (2009). Longitudinal patterns of unawareness of memory deficits in mild Alzheimer's disease. *Geriatrics & Gerontology International*, 9, 16-20.
- Almeida, S., Gamito, A., & Correia, M. T. (2004). O *insight* nos doentes esquizofrénicos – Instrumentos de avaliação. *PsiLogos*, 2, 24-34.
- Amador, X. F., & David, A. S. (1997). *Insight and psychosis*. Cary, US: Oxford University Press (US).
- Amador, X. F., & Paul-Oudouard, R. (2000). DEFENDING THE UNABOMBER: ANOSOGNOSIA IN SCHIZOPHRENIA. *Psychiatric Quarterly*, 71, 4, 363-371.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 6, 873-879.
- Amanzio, M., Vase, L., Leotta, D., Miceli, R., Palermo, S., & Geminiani, G. (2013). Impaired awareness of deficits in Alzheimer's Disease: The role of everyday executive dysfunction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19, 63-72.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM – 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baier, M. (2010). Insight in schizophrenia: A review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 356-361

- Bayard, S., Capdevielle, D., Boulenger, J., & Raffard, S. (2009). Dissociating self-reported cognitive complaint from clinical insight in schizophrenia. *European Psychiatry*, 24, 251-258.
- Blanchard, J. J., Kring, A. M., Horan, W. P., & Gur, R. (2010). Toward the next generation of negative symptom assessments: The collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 2, 697-708.
- Braff, D. L. (1993). Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 2, 233-259.
- Brekke, J. S., Kohrt, B., & Green, M. F. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 4, 697-708.
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P. M., Nocito, E. P., Ciabatti, M., Magri, L., & Altamura, A. C. (2012). The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: An Italian prospective study. *European Psychiatry*, 27, 619-624.
- Carpenter, W. T., Strauss, J. S., & Bartko, J. J. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Science*, 182, 1275-1278.
- Censits, D. M., Ragland, J. D., Gur, R. C., & Gur, R. E. (1997). Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 24, 289-298.
- Chakraborty, K., & Basu, D., 2010. Insight in schizophrenia – A comprehensive update. *The German Journal of Psychiatry*, 13, 17-30.
- Chen, K. C., Chu, C. L., Yang, Y. K., Yeh, T. L., Lee, I. H., Chen, P. S., & Lu, R. B. (2005). The relationship among insight, cognitive function of patients with schizophrenia and their relatives' perception. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 657-660.
- Dantas, C. R., & Banzato, C. E. M. (2004). Aubrey Lewis e a psicopatologia do insight. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4, 106-112.

- Dias, V. V., Brissos, S., & Carita, A. I. (2008). Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar disorder in remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 28-34.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 48, 2, 195-199.
- Evans, J. D., Bond, G. R., Meyer, P. S., Kim, H. W., Lysaker, P. H., Gibson, P. J., & Tunis, S. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70, 331-342.
- Freedman, D., & Brown, A. S. (2011). The developmental course of executive functioning in schizophrenia. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 29, 3, 237-243.
- Freud, S. (1933). *The dissection of the psychological personality*. Standard Edition (1964), 22, 57-79, London: Hogarth Press.
- Friedman, J. I., Harvey, P. D., Coleman, T., Moriarty, P. J., Bowie, C., Parrella, M.,... & Davis, K. (2001). Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: A comparison with Alzheimer's Disease and normal aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1441-1448.
- Gallo, D. A., Cramer, S. J., Wong, J. T., & Bennett, D. A. (2012). Alzheimer's disease can spare local metacognition despite global anosognosia: Revisiting the confidence-accuracy relationship in episodic memory. *Neuropsychology*, 50, 2356-2364.
- Gambini, O., Barbieri, V., & Scarone, S. (2004). Theory of mind in schizophrenia: First person vs third person perspective. *Consciousness and Cognition*, 13, 39-46.
- Goldbeck, R. (1997). Denial in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 6, 575-593.
- Golden, C. J. (1976). IDENTIFICATION OF BRAIN DISORDERS BY THE STROOP COLOR AND WORD TEST. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 3, 654-658.
- Golden, C., Espe-Pfeifer, P., & Wachsler-Felder, J. (2000). *Neuropsychological interpretations of objective psychological tests*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Harvey, P. D. (2001). Cognitive impairment in elderly patients with schizophrenia: Age related changes. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 16, S78-S85.
- Heaton, R. K., Gladsjo, J. A., Palmer, B. W., Kuck, J., Marcotte, T. D., & Jeste, D. V. (2001). Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 24-32.
- Joseph, B., Narayanaswamy, J. C., & Venkatasubramanian, G. (2015). Insight in schizophrenia: Relationship to positive, negative and neurocognitive dimensions. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37, 5-10.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 2, 261-276.
- Kishore, V. R., Samar, R., Reddy, Y. C. J., Chandrasekhar, C. R., & Thenmarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 19, 202-208.
- Langdon, R., & Ward, P. (2009). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 5, 1003-1011.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 6, 1324-1342.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Bryson, G., & Kaplan, E. (1998). Neurocognitive function and insight in schizophrenia: Support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 297-301.
- Maki, Y., Amari, M., Yamaguchi, T., Nakaaki, S., & Yamaguchi, H. (2012). Anosognosia: patients' distress and self-awareness of deficits in Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27, 5, 339-345.
- Marques-Teixeira, J. (2003). *Défice cognitivo na esquizofrenia – Dos consensos às incertezas*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de avaliação da disfunção cognitiva na esquizofrenia*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.

- Marques-Teixeira, J. (2016). Comunicação pessoal.
- McEvoy, J. P., Johnson, J., Perkins, D., Lieberman, J. A., Hamer, R. M., Keefe, R. S. E.,... & Sharma, T. (2006). Insight in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36, 1385-1393.
- Medalia, A., & Thysen, J. (2010). A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 118, 134-139.
- Mingrone, C., Rocca, P., Castagna, F., Montemagni, C., Sigaud, M., Scalese, M.,... & Bogetto, F. (2013). Insight in stable schizophrenia: Relations with psychopathology and cognition. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 484-492.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.
- Mohamed, S., Paulsen, J. S., O'Leary, D., Arndt, S., & Andreasen, N. (1999). Generalized cognitive deficits in schizophrenia: A study of first-episode patients. *Archives of General Psychiatry*, 56, 749-754.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., & O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*, 14, 264-269.
- Nestor, P. G., Kubicki, M., Nakamura, M., Niznikiewicz, M., McCarley, R. W., & Shenton, M. E. (2010). Comparing prefrontal gray and white matter contributions to intelligence and decision making in schizophrenia and healthy controls. *Neuropsychology*, 24, 1, 121-129.
- Neves, S. C. S. (2014). *A implicação da disfunção executiva na falta de insight, na recuperação pessoal e na funcionalidade dos doentes com diagnóstico de esquizofrenia e bipolaridade*. (Tese de Mestrado). Universidade do Algarve, Portugal.
- Ng, R., Fish, S., & Granholm, E. (2015). Insight and theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 225, 169-174.

- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J.,... & Lysaker, P. H. (2012). Associations of metacognition with symptoms, insight and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 7, 644-647.
- Orellana, G., & Slachevsky, A. (2013). Executive functioning in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 35, 1-15.
- Organização Mundial de Saúde (2001). RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Organização Mundial de Saúde*.
- Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J. W., Zisook, S., & Mohamed, S. (2008). Insight in schizophrenia: A review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Research*, 49, 70-77.
- Pijnenborg, G. H. M., Spikman, J. M., Jeronimus, B. F., & Aleman, A. (2013). Insight in schizophrenia: Associations with empathy.
- Pini, S., Cassano, G. B., Dell'Oso, L., & Amador, X. F. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 158, 122-125.
- Prouteau, A., Atzeni, T., Tastet, H., Bergua, V., Destailats, J., & Verdoux, H. (2015). Neurocognitive insight and executive functioning in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20, 1, 64-71.
- Quee, P. J., Van der Meer, L., Krabbendam, L., de Haan, L., Cahn, W., Wiersma, D.,... & Aleman, A. (2014). Insight change in psychosis: Relationship with neurocognition, social cognition, clinical symptoms and phase of illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129, 126-133.
- Raffard, S., Bayard, S., Gely-Nargeot, M., Capdevielle, D., Maggi, M., Barbotte, E.,... & Boulenger, J. (2009). Insight and executive functioning in schizophrenia: A multidimensional approach. *Psychiatry Research*, 167, 239-250.
- Raij, T. T., Riekk, T. J. J., & Hari, R. (2012) Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex.

- Raposo, M. S. V. (2012). *Adaptação do Teste de Stroop de Cores e Palavras para Adultos Jovens*. (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Rickelman, B. L. (2004). Anosognosia in individuals with schizophrenia: Toward recovery of insight. *Mental Health Nursing*, 25, 227–242.
- Riley, E. M., McGovern, D., Mockler, D., Doku, V. C. K., Ceallaigh, S., Fannon, D. G.,... & Sharma, T. (2000). Neuropsychological functioning in first-episode psychosis – Evidence of specific deficits. *Schizophrenia Research*, 43, 47-55.
- Ritsner, M. S., & Blumenkrantz, H. (2007). Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Research*, 149, 59-69.
- Rossell, S. L., Coakes, J., Shapleske, J., Woodruff, P. W. R., & David, A. S. (2003). Insight: Its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 111-119.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duño, R., Crosas, J. M., Cuppa, S., & García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 2, 111-119.
- Rüsh, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 1, 23-32.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1973). *O PACIENTE E O ANALISTA – Fundamentos do processo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.
- Sanz, M., Constable, G, Lopez-Ibor, I., Kemp, R., & David, A. S. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*, 28, 437-446.
- Saravanan, B., Jacob, K. S., Johnson, S., Prince, M., Bhugra, D., & David, A. S. (2007). Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *British Journal of Psychiatry*, 190, 243-247.

- Shad, M. U., Muddasani, S., & Keshavan, M. S. (2006). Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia – A pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 146, 35-42.
- Shad, M. U., Muddasani, S., Prasad, K., Sweeney, J. A., & Keshavan, M. S. (2004). Insight and prefrontal cortex in first-episode schizophrenia. *Neuroimage*, 22, 1315-1320.
- Silva, R. A., Mograbi, D. C., Camelo, E. V. M., Bifano, J., Wainstok, M., Silveira, L. A. S., & Cheniaux, E. (2015). Insight in bipolar disorder: A comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37, 3, 152-156.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D., Silverstein, S. M., Anthony, D. T., & McClough, J. F. (2004). Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 169-176.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115, 363-369.
- Tastet, H., Verdoux, H., Bouisson, J., Destailats, J., & Prouteau, A. (2014). Impact of interpersonal factors on insight in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159, 527-532.
- Tumkaya, S., Karadag, F., Oguzhanoglu, N. K., Tekkanat, C., Varma, G., Ozdel, O., & Atesçi, F. (2009). Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. *Psychiatry Research*, 165, 38-46.
- Van der Werf-Elderling, M. J., Van der Meer, L., Burger, H., Holthausen, E. A. E., Nolen, W. A., & Aleman, A. (2011). Insight in bipolar disorder: Associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disorders*, 13, 343-354.
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Peixoto, A. B., Brissos, S., Casquinha, P.,... & Marques-Teixeira, J. (2010). COGNIÇÃO, COGNIÇÃO SOCIAL E

FUNCIONALIDADE NA ESQUIZOFRENIA. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1043-1058.

Vita, A., De Peri, L., Barlati, S., Cacciani, P., Cisima, M., Deste, G.... & Sacchetti, E. (2011). Psychopathologic, neuropsychological and functional outcome measures during cognitive rehabilitation in schizophrenia: A prospective controlled study in a real-world setting. *European Psychiatry*, 26, 276-283.

Voruganti, L. N. P., Heslegrave, R. J., & Awad, A. G. (1997). Neurocognitive correlates of positive and negative syndromes in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1066-1071.

Young, D. A., Davila, R., & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10, 117-124.

ANEXOS

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Identificação do estudo: Este estudo visa compreender qual é a consciência que as pessoas têm da sua doença.

Identificação do investigador responsável e forma de ser contactado: **Cláudia Raquel Ferreira Fernandes (claudiaaraquelff11@hotmail.com)**

Objetivo da investigação: compreender e analisar as variáveis que interferem na consciência de doença sempre que essa consciência possa estar alterada.

Metodologia (sumária) a utilizar: aplicação de uma bateria de testes neuropsicológicos e um questionário sociodemográfico.

Benefícios esperados e riscos possíveis: Espera-se que os resultados deste estudo aumentem a compreensão sobre os mecanismos de natureza cognitiva que sustentam a consciência de doença, bem como as suas disfunções. O estudo não apresenta qualquer tipo de riscos.

- Carácter voluntário da participação
- Liberdade para decidir

- Possibilidade de retirada do estudo, sem que se comprometa o relacionamento com o médico nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida;

A participação neste estudo é voluntária e os participantes são livres de interromper a sua participação se assim o entenderem, sem que seja comprometida a relação terapêutica com o médico/equipa.

Garantia da privacidade e da confidencialidade: **As respostas são confidenciais e os dados recolhidos servirão para este estudo (e para melhorar a intervenção) e a sua confidencialidade está salvaguardada.**

Anexo B – Formulário de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013)

Designação do Estudo *(em português)*

Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ___ Não ___ Sim (Nº de páginas ___)

O Investigador responsável

Nome: _____

legível

assinatura

Identificação do participante

Nome:

BI/ CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.

- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: __/__/__

assinatura

Nome (*Pais/Representante legal*):

BI/ CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: __/__/__

assinatura

Anexo C – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nº do processo: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Situação profissional: _____

Tempo de doença: _____

Data da avaliação: _____

Adaptado de Marques-Teixeira (2005, pp.37)

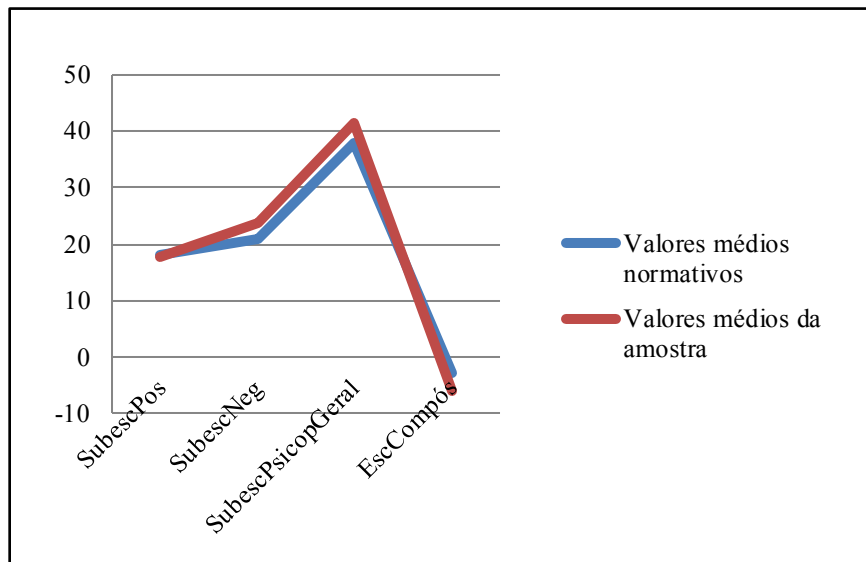
Anexo D – Caracterização Sociodemográfica da amostra

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	17	25,41	6.185
Género	1		
Feminino	5		
Masculino	12		
Tempo de doença			
Menos de 3 anos	10		
3 anos ou mais	7		
Estado civil			
Solteiro	14		
Casado	2		
União de facto	1		
Situação profissional			
Desempregado	10		
Estudante	4		
Vida ativa	3		
Escolaridade completa			
Ensino Básico	8		
Ensino Secundário	5		
Enino Superior	4		

Anexo E – Dados descritivos da PANSS: médias, desvio-padrão, mínimo e máximo da amostra de 101 esquizofrênicos de Kay e colaboradores (1987)

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Subescala Positiva	18,20	6,08	7	49
Subescala Negativa	21,01	6,17	7	49
Subescala de Psicopatologia Geral	37,74	9,49	16	112
Escala Compósita	-2,69	7,45	-42	+42

Anexo F – Comparação dos valores médios das subescalas e escala compósita (PANSS) da presente amostra com os valores médios de Kay e colaboradores (1987).



Anexo G – Dados descritivos da SUMD: médias, desvio-padrão, mínimo e máximo da amostra de 43 sujeitos com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva de Amador e colaboradores (1993)

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Reconhecimento da Doença Mental (Atual)	3,14	1,6	1	5
Reconhecimento da Doença Mental (Passado)	2,46	1,6	1	5
Reconhecimento dos Efeitos da Medicação (Atual)	2,48	1,4	1	5
Reconhecimento dos Efeitos da Medicação (Passado)	2,11	1,2	1	5
Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental (Atual)	3,08	1,8	1	5
Reconhecimento das Consequências Sociais da Doença Mental (Passado)	2,93	1,7	1	5

Anexo H – Comparação dos valores médios das subescalas e escala compósita (PANSS) da presente amostra com os valores médios normativos de Kay e colaboradores (1987)

